

**TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ATLETAS:  
DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, INCIDÊNCIA, CONSEQUÊNCIAS E  
TRATAMENTOS NA ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA**

**Cleber Aparecido dos Santos<sup>1,2</sup>, Gabriela Schramm Motta<sup>1,3</sup>,  
Thaís Castro Marques de Oliveira<sup>1,3</sup>, Francisco Navarro<sup>1</sup>**

**RESUMO**

O objetivo deste trabalho foi verificar a incidência, as conseqüências e os tratamentos para os transtornos do comportamento alimentar, com enfoque em Anorexia e Bulimia Nervosa. A imagem corporal é um fator que influencia na incidência destes transtornos, porque determina a imagem magra e atlética que a atleta quer apresentar as pessoas em geral. Os Transtornos Alimentares, como a bulimia e anorexia nervosa acometem atletas femininas, principalmente na adolescência quando estão iniciando a vida esportiva, em homens estes transtornos aparecem, porém, com menor incidência. As conseqüências são disfunções metabólicas e fisiológicas, queda de rendimento, fraturas, déficits crescimento e desenvolvimento, amenorréia, perda hídrica entre outros. As atividades do nutricionista representam uma importante parte do tratamento dos transtornos alimentares, juntamente com uma equipe multiprofissional com uma terapia nutricional integrada, onde os profissionais trabalham juntos para modificar os comportamentos ligados a alimentação e ao peso. A terapia nutricional possui duas fases: a educacional e a experimental. Conclui-se que deve ter um planejamento rígido na alimentação destas atletas, desde seu ingresso no esporte. Nesse acompanhamento é possível desenvolver um trabalho de educação e conscientização alimentar, agindo diretamente na prevenção do desenvolvimento dos Transtornos Alimentares.

**Palavras Chaves:** Comportamento Alimentar, Baixo Peso, Terapia Nutricional, Esportes.

1 - Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Bases Nutricionais Aplicada a atividade Física – Nutrição Esportiva da Universidade Gama Filho – UGF

2 - Bacharel em Educação Física pela Universidade São Judas Tadeu – USJT

3 - Bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo

**ABSTRACT**

Food Disorders in athletes: Distortion of Body Image, Incidence, Consequences and Treatments in Nervous Anorexia and Bulimia

Due to this reason it was aimed to check in this work the incidence, the consequences and treatments for eating disorders, with approach to Nervous Anorexia and Bulimia. The body image is a factor which influences on the incidence of these disorders, because it determines the lean and athletic image that the athlete wants to show to people in general. The Food disorders such as Bulimia and Anorexia affect female athletes, especially in adolescence when they are starting a sporting life, on men these disorders appear, but with lower incidence. The consequences are physiological and metabolic disorders, a decrease of income, fractures, deficits of growth and development, amenorrhea, water loss, among others. The activities of nutritionist represent an important part of the treatment of eating disorders, with a multidisciplinary team with an integrated nutrition therapy, where the professionals work together to modify the behaviors related to food and weight. The nutritional therapy has two phases: the educational and experimental. In resume it must have a rigid planning on feeding of these athletes, since your entry in the sport. This initial monitoring allows a better control of the athlete, where we will develop a work of education and awareness food, acting directly on the prevention of the development of Food Disorders.

**Key words:** Performance Food; Low Weight; Nutritional Therapy; Sports

E-mail para correspondência:

Cleber: casef@ig.com.br

Gabriela: gabimottanut@hotmail.com

Thaís: thaiscmoliveira@hotmail.com

**INTRODUÇÃO**

Há muito tempo sabemos que um “padrão de beleza” é imposto à sociedade, principalmente ao público feminino. No passado, a preferência era por corpos mais avolumados com percentuais de gordura mais altos, e com o passar do tempo foi sendo modificado. O atual modelo de beleza imposto corresponde a um corpo magro não levando em consideração os aspectos relacionados à saúde e as diferentes constituições físicas da população (Oliveira e colaboradores, 2003).

Essa busca incansável tem refletido a um número cada vez maior de mulheres que se submetem a dietas para controle de peso corporal, ao excesso de exercícios físicos e ao uso de drogas para a perda de peso. Ressaltando que esses comportamentos são considerados precursores dos transtornos do comportamento alimentar (TCAs) (Oliveira e colaboradores, 2003).

Atletas, por serem indivíduos que constantemente vivem uma relação com a imagem corporal e o desempenho físico, se tornam um grupo vulnerável à instalação desses transtornos, sendo enfatizado nos esportes que preconizam o baixo peso corporal e a estética (Sundgot-Borgen, 1994).

Porém a incidência de transtornos do comportamento alimentar é nove vezes mais comum em mulheres do que em homens, e tem início geralmente na adolescência (Castro e Goldenstein, 1995; Fleitlich e colaboradores, 2000).

A primeira participação feminina nos Jogos Olímpicos ocorreu em 1912. Desde então, houve um número crescente de atletas femininas aumentando a preocupação com a melhora da saúde e benefícios na aptidão física (West, 1998).

Os autores afirmam ainda que a falta de informação de atletas e treinadores em relação às especificidades dos esportes que praticam, leva esses atletas a adotarem estratégias nutricionais arriscadas para atingir o objetivo necessário ao esporte que praticam, o que vem acarretando num enorme aumento da ocorrência de transtornos do comportamento alimentar, principalmente nos últimos vinte anos, podendo conduzir atletas do gênero feminino a desenvolverem posteriormente a chamada “Tríade da mulher atleta” (Killen e colaboradores, 1993).

Em decorrência do grande aumento da ocorrência dos transtornos do comportamento alimentar no meio esportivo, o objetivo deste trabalho é verificar a incidência, as consequências e os tratamentos para os transtornos alimentares em atletas, com enfoque em Anorexia e Bulimia Nervosa.

**IMAGEM CORPORAL VERSUS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR**

A imagem corporal é a referência que o indivíduo, atleta ou não, tem do seu próprio corpo, sendo essa formada em sua mente. É importante ressaltar que este processo é dividido em três etapas: perceptivo, subjetivo e comportamental. O primeiro está relacionado com a percepção do próprio corpo, percebendo as dimensões no que se refere a peso e tamanho; o segundo compreende a satisfação com a aparência, a preocupação e a ansiedade com a mesma; já a terceira consiste em situações que são evitadas devido ao desconforto provocado com a aparência corporal. (Costa e colaboradores e colaboradores, 2007). Para as atletas têm uma relevância grande devido à imagem saudável que se exige, além de se preocupar com a manutenção no rendimento do esporte praticado e a aceitação do grupo que está inserida. (Oliveira e colaboradores, 2003)

A valorização da magreza pela sociedade faz da obesidade uma condição estigmatizada e rejeitada. O medo da obesidade faz com que, principalmente as mulheres, controlem neuroticamente o peso corporal, por meio de dietas extremamente hipocalóricas, pratiquem exercícios de maneira exaustiva e utilizem drogas laxativas, diuréticas e anorexígenas (Costa e colaboradores, 2007).

Este medo da obesidade na sociedade já tem um grande impacto, porém em atletas este assunto ganha proporções maiores com os transtornos alimentares (Costa e colaboradores, 2007).

As causas dos transtornos do comportamento alimentar são diversas, entre elas fatores genéticos, ambientais e comportamentais. As pessoas acometidas por anorexia e bulimia nervosa apresentam geralmente, preocupação excessiva com o

peso e a dieta, insatisfação e distorção de imagem corporal. (Oliveira e colaboradores, 2003).

A atleta com transtorno alimentar demonstra medo de ganhar peso. Este baixo peso é alcançado por uma redução da ingestão calórica e exercício excessivo. Frequentemente a atleta apresenta vômitos auto-induzidos e uso de laxantes ou diuréticos (Borgen e Torstveit, 2004).

Os treinadores e muitas vezes os pais desejam que os atletas tenham corpos perfeitos para o esporte que praticam, porém alguns atletas não possuem a capacidade genética para atingir o corpo ideal (West, 1998).

O transtorno alimentar pode prejudicar o físico atlético e o desempenho profissional, aumentando o risco de lesões. A diminuição da ingestão calórica resulta num desequilíbrio eletrolítico, que contribui para diminuir: endurance, dosagem, tempo de reação, velocidade e concentração. Também resulta na disfunção menstrual, irreversível pela perda de massa óssea grave e psicológica (West, 1998).

Os transtornos alimentares são caracterizados por alterações no comportamento alimentar destacando-se anorexia e bulimia nervosa, sendo estes mais frequentemente encontrados em atletas femininas (Vilardi e colaboradores, 2001).

### **Anorexia e Bulimia Nervosa**

Desde o século XIX, autores descreviam casos de mulheres que se recusavam a comer, tinham baixo peso, amenorréia e dedicação extrema à prática de atividade física. Estas descrições assemelham-se ao que hoje conhecemos por Anorexia e Bulimia Nervosa, descritas como transtornos alimentares (Assunção e colaboradores, 2001).

A Anorexia Nervosa (AN) é uma doença mental, caracterizada por uma restrição energética auto-imposta, tendo como objetivo de obter uma grande perda de peso (Ruud e Grandjean, 1996). Juntamente podemos verificar a redução de alimentos considerados de "risco", a utilização de métodos de purgação auto-induzidos, e ainda a prática compulsiva de atividades físicas. Esses pacientes costumam manter o peso corporal inferior a 85% do que é considerado

adequado para a estatura e idade, medo intenso de engordar, distorção da imagem corporal, distúrbios menstruais, desmineralização óssea, perda de massa muscular e gordura corporal, irregularidades digestivas, arritmias cardíacas, desidratação, intolerância ao frio (mãos e pés), cabelos finos e fracos, entre outras (Sundgot-Borgen e Corbin, 1987; Wichmann e Martin, 1993; Katch e McArdle, 1996).

Tais restrições, a curto espaço de tempo produzem diminuição da taxa metabólica basal, prejuízos das funções músculo-esquelética, cardiovascular, endócrina, termorregulatória e dificuldade de concentração e atenção (Bachrach e colaboradores, 1990).

Associado a esse comportamento restritivo, os pacientes com anorexia nervosa apresentam uma série de dificuldades para lidar com alimento, medo, crenças errôneas e distorções sobre alimentação e nutrição. Os pacientes costumam afirmar ter grandes conhecimentos sobre alimentação, mas tais "conhecimentos" estão restritos ao conteúdo calórico e dietas de emagrecimento (Beumont, 1981).

A prevalência de anorexia nervosa é de 1% na população geral, sendo 90% dos casos em mulheres (Assunção e colaboradores, 2001).

A Bulimia Nervosa (BN) está relacionada a uma ingestão descontrolada e compulsiva geralmente seguida por uma purgação. Nessa doença observa-se a prática de consumir uma quantidade de alimento exagerada, muito superior a que seria ingerida pela maioria das pessoas, essa vem acompanhada de uma sensação de perda de controle. Essa sensação leva a condutas de indução a vômitos, abuso no uso de laxantes, diuréticos e moderadores de apetite, prática de exercícios físicos intensos, além de dietas restritivas e/ou jejuns (Ruud e Grandjean, 1996). A prevalência de bulimia nervosa pode chegar a 4% na população em geral em países do primeiro mundo, acredita-se em prevalências semelhantes no Brasil. (Assunção e colaboradores, 2002).

A bulimia nervosa é ainda caracterizada por comportamentos alimentares perturbados como expressiva repugnância, ingestão anormalmente lenta e um "comer social" prejudicado (Elmore, 1991). Aparecem ainda crenças errôneas sobre conceitos

nutricionais e relação de repulsa, ódio e incompetência para lidar com o alimento.

Assim como na anorexia, pensa-se que esses pacientes têm grande conhecimento nutricional, contudo, esse “conhecimento” é relacionado apenas às dietas para perda de peso e ao valor calórico dos alimentos. Por todas essas razões, faz-se necessária uma reeducação alimentar (ADA, 2001).

Destacamos a grande influência da atividade física em pacientes com transtornos alimentares. Apesar dos benefícios da atividade física regular, as pacientes avaliadas nos estudos não relatam os benefícios da atividade como a principal motivação, e sim vem como um sintoma de seu quadro alimentar (Yates e colaboradores, 1983).

#### **Incidência dos transtornos do comportamento alimentar nos Esportes**

Desde os primeiros Jogos Olímpicos realizados em 776 a.C. na Grécia Antiga, os quais representaram o berço da busca de relações entre nutrição e desempenho físico, atletas e treinadores buscam uma alimentação especial capaz de aumentar o rendimento físico e melhorar o desempenho (Simopoulos, 1989; Grivetti e Applegate, 1997).

Neste final de século, apesar do crescente interesse na nutrição desportiva, ainda existe um elevado grau de desinformação, observado tanto nas atletas quanto em seus treinadores, que rotineiramente assumem a responsabilidade pelo controle dietético (Soares e colaboradores, 1994).

Nos dias atuais, a influência do esporte na disseminação de comportamentos e hábitos sociais é concreta, pois além de promover a saúde das pessoas, a mídia se encarrega de divulgá-lo como um produto mercadológico que movimenta milhões em dinheiro. A mídia, além de promover o esporte, apresenta um modelo corporal esportivo que resulta numa associação negativa em relação à imagem corporal para os padrões de normalidade (Viera e colaboradores; 2006)

Muitos estudos demonstram os benefícios da atividade física, em controvérsia a estes, outros estudos avaliaram que muitos indivíduos podem praticar exercício de forma inadequada e excessiva, podendo causar prejuízos à saúde. E é citado por alguns

autores como apenas um sintoma de um transtorno alimentar, enquanto outros sugerem ser uma variante de transtorno alimentar, o que pode gerar uma síndrome (Assunção e colaboradores, 2002).

Por ser vista como uma atividade “saúdável”, a atividade física dificilmente é percebida como excessiva, mas tem seus prejuízos implicando em lesões musculares e articulares (Alvarenga, 2008).

O objetivo da prática do exercício físico foi demonstrado num estudo, em que apenas 26,3% fazem exercício físico com a finalidade de manter ou melhorar a saúde física, enquanto a grande maioria, 63% dedicavam-se a prática por razões estéticas, como perder peso, ou melhorar a forma corporal (Assunção e colaboradores, 2002).

Em 1995, um estudo investigou 100 mulheres com transtornos do comportamento alimentar e observaram que 28% delas apresentavam prática excessiva de exercícios físicos (Brewerton, 1995).

Outro estudo em 1994, compara um grupo de pacientes internadas com transtorno alimentar e um grupo controle, e verificaram que 78% das pessoas com transtornos do comportamento alimentar praticavam exercício físico excessivo e que 60% delas eram atletas de competição antes do início de seu quadro alimentar comprometido (Assunção e colaboradores, 2002).

Pesquisas recentes demonstram que o ambiente esportivo pode provocar um aumento as pressões sócio-culturais pela magreza. Devido a estas pressões associadas ao esporte, as adolescentes se tornam mais susceptíveis aos transtornos alimentares (Petrie e Stoeber, 1993; Sundgot-Borgen, 1994; Marshall e Harber, 1996).

A necessidade de manter o baixo peso em alguns esportes, constitui um fator fundamental para se obter êxito, ou então a premissa necessária para conseguir admissão em competições ou dentro de determinada categoria de peso (Brouns, 2000).

Isso ocorre, principalmente, nos esportes, cuja categorização são baseadas no baixo peso corporal, como os esportes de lutas: judô, boxe, tae kwon do, jiu jitsu, luta grega romana, além da ginástica artística, balé, nado sincronizado, nadadores, jôqueis e corridas de longa distância (Russel e Kell, 2002; Oliveira e colaboradores, 2003; Vieira e colaboradores, 2006).

Estudo comprova que atletas de ambos os gêneros, com baixo peso corporal, têm maior prevalência de desenvolver o transtornos do comportamento alimentar, e os sintomas diagnosticados clinicamente seria a desregulação endócrina (Borgen e Torstveit, 2004)

Nos últimos anos ocorreu um grande aumento da participação de atletas femininas em esportes competitivos. Segundo estudo realizado, antes de 1972 tinha apenas 1 em 27 meninas americanas que participavam de esportes competitivos nas escolas e em 1995 subiu para 1 em 3 meninas, tendo um aumento de 600% (Benson, Eisenman e Heinrich citados por Ghattas, 2006).

A pressão de treinadores, coreógrafos juntamente com a ansiedade ao bom desempenho e a busca pelo corpo escultural, ou seja, magro, são fatores que contribuem para o aumento do comportamento alimentar anormal para esta população específica (Pardini, 2001).

Ressalta-se ainda, o desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar na população masculina, uma vez que os estudos demonstram que o nível de insatisfação dos homens em relação aos seus corpos vem crescendo nos últimos anos. Os transtornos do comportamento alimentar entre os homens parece ter associação específica entre homossexualidade e índices elevados de sintomatologia bulímica e anoréxica (Russel e Keel, 2002).

### **Conseqüências dos transtornos do comportamento alimentar**

As conseqüências dependem: do grau de desnutrição, vômitos, e das exigências físicas do esporte realizado (Borgen e Torstveit, 2004).

Há conseqüências comuns nos transtornos alimentares, entre elas: inanição, desidratação, redução da força e vigor muscular, diminuição do poder aeróbio e anaeróbico, perda da coordenação motora, irregularidade menstrual, perda óssea, dilatação dos vasos sanguíneos, problemas gástricos, e, conseqüentemente queda do desempenho e saúde (ACSM, 1997).

Atletas que praticam esportes que necessitam manter um baixo peso corporal e percentual de gordura, geralmente possuem um alto gasto energético e mantêm uma dieta

hipocalórica. Tal deficiência pode levar à possíveis déficits de crescimento, atraso na puberdade, esgotamento das reservas calóricas, indução da amenorréia e o desenvolvimento de lesões (McMurray e Anderson, 1996).

Para a anorexia nervosa foi identificado, um distúrbio na percepção e reconhecimento da fome e da saciedade, ou fadiga e senso de inadequação. Este baixo consumo alimentar tem conseqüências evidentes no estado nutricional: os efeitos são similares à desnutrição protéico-calórica. O organismo realiza ajustes fisiológicos, que resultam em baixa taxa de metabolismo basal, baixa pressão arterial, bradicardia e hipotermia.

Encontra-se, ainda, pele fria e pálida, estrutura óssea proeminente (sendo a osteopenia e a osteoporose freqüentes) e o paciente aparenta ter mais idade; é comum, também, queda de cabelos, aparecimento de lanugo (fina camada de pelos sobre a pele) e de petéquias e equimoses (problemas de pele).

A hiperbetacarotenemia (excesso do pigmento beta-caroteno na pele) é frequentemente encontrada; as deficiências clássicas de vitaminas e minerais, no entanto, são raras. Altas concentrações de colesterol são também encontrados. Alterações hematológicas incluem a anemia e a leucopenia (Alvarenga, 2008).

Alterações endócrinas são também freqüentes, aparecendo muitos sinais clássicos de hipotireoidismo, tais como, hipotermia, intolerância ao frio, bradicardia e constipação; embora as concentrações de TSH no plasma permaneçam normais. Alterações na estrutura de sono são também descritas - como despertar precoce (Alvarenga, 2008).

Pacientes com bulimia nervosa, geralmente apresentam desgaste dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos, que leva à descalcificação dos dentes e aumenta o desenvolvimento de cáries, podendo levar até a perda de dentes. Também podem apresentar edema generalizado, queda de cabelo, equimoses na face e pescoço, descamação da pele, alterações menstruais, hipotermia, gengivite, fraqueza muscular e câibras, assim como arritmias e poliúria, alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, dilatação gástrica, podendo gerar, também,

herniações de esôfago em constipação crônica. Em relação a outros órgãos, o prolongado hábito de vomitar e abusar de diuréticos pode lesar seriamente os rins e anormalidades na função do fígado também podem ocorrer. A maior parte das bulímicas parece saudável, mas podem sofrer de seqüelas de desnutrição. Estas alterações clínicas têm regressão rápida quando a doença é efetivamente tratada. A bulimia nervosa é, ainda, muitas vezes acompanhada de comorbidades psiquiátricas, que podem levar a complicações clínicas e prejuízo na vida como um todo (Alvarenga, 2008).

Muitos estudos demonstram que o transtorno alimentar está associado aos distúrbios menstruais (Putukian, 1994). Perda de peso, excesso de treino, quantidade insuficiente de gordura corporal, perda de estoque específico de gordura corporal e dieta inadequada, são fatores que levam ao desenvolvimento da amenorréia, e mais tardiamente ao desenvolvimento da osteoporose precoce (Mantoanelli, 2002).

A associação entre transtorno alimentar, amenorréia e osteoporose, leva ao desenvolvimento de uma síndrome, denominada, "Tríade da Mulher Atleta" (Pardini, 2001).

Esses atletas são mais susceptíveis a adquirir fraturas nas extremidades ósseas, devido à diminuição de estrogênio causada pela amenorréia (Mantoanelli, 2002).

Todos esses componentes, que são inter-relacionados em etiologia, patogênese, deficiências de ferro, irregularidades menstruais, desmineralização óssea e danos músculo-esquelético, podem influenciar o desempenho atlético e, inclusive levar a morbidade e mortalidade (Oliveira e colaboradores, 2003; Villard e colaboradores, 2001).

### **Prevenção versus Tratamento**

Está muito bem definida na literatura a importância da nutrição na saúde e performance dos atletas, buscando a relação entre o consumo nutricional e as estratégias dietéticas com o objetivo de otimizar o rendimento atlético e atenuar os efeitos negativos gerados pelos esportes (Panza e Colaboradores, 2007).

A prevenção do tratamento para qualquer desordem é ter uma avaliação

completa dos hábitos alimentares, menstrual e padrões de qualquer história de estresse ou fratura (West, 1998).

Os atletas, treinadores e pais devem ser aconselhados sobre as possíveis conseqüências dos hábitos alimentares pobres, consumo excessivo de formação do ciclo irregular. Além do mais, os atletas devem desenvolver atitudes em relação saudável e exercício corporal, e também devem ser encorajados pelos pais para aumentar o potencial atlético, moderado e otimizar a ingestão alimentar (West, 1998).

Sempre que necessário a redução de peso de um atleta, deve ocorrer um planejamento, onde a perda de peso deve ser um consenso entre o atleta e o treinador, mas com o acompanhamento de médicos e nutricionistas. Deve ser traçado um plano sensato e realista, com uma completa avaliação, onde seja possível verificar a necessidade de um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico (ACSM, 1997).

Programas de Educação como o desenvolvimento de materiais informativos, vídeos, palestras, folders, a respeito dos Distúrbios Alimentares vêm sendo apontados como uma estratégia importante na prevenção da ocorrência dessas doenças, e estes deverão ser analisados pelos treinadores, pais, atletas e administradores esportivos (ACSM, 1997).

Segundo *American Dietetic Association* (ADA), as atividades do nutricionista representam uma importante parte do tratamento dos transtornos alimentares, juntamente com uma equipe multiprofissional. A ADA propõe uma terapia nutricional integrada, onde os profissionais trabalham juntos para modificar os comportamentos ligados a alimentação e ao peso (ADA, 1994).

Durante o tratamento de Anorexia Nervosa existem metas a serem alcançadas, como restabelecimento do peso, normalização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade e correção das seqüelas da desnutrição (APA, 2000).

Os objetivos da terapia nutricional na Bulimia Nervosa, incluem a diminuição das compulsões minimizando as restrições alimentares, estabelecimento de um padrão regular da refeição, correções das deficiências nutricionais e estabelecimento de prática de alimentação saudável (ADA, 2001).

Tal terapia possui duas fases: a educacional e a experimental. Na primeira todos os nutricionistas estão aptos a participar, já na experimental, há necessidade de treinamento e experiência em Transtorno Alimentar, e deve ocorrer junto com os psicoterapeutas, com uma linguagem “psiconutricional” (Alvarenga, 2002).

A fase educacional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, conseqüências da restrição alimentar e das purgações. Na fase experimental trabalha-se mais a relação que o paciente tem com os alimentos e seu corpo, ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem (ADA, 1994; Alvarenga, 2002).

O nutricionista que atua nesta área deve ter um amplo conhecimento da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento educacional e comportamental e uma atitude empática e de não julgamento, criando um vínculo com o paciente (Rock e Curran, 1996).

O Diário Alimentar é apontado como uma das mais importantes ferramentas para o tratamento destes transtornos, pois ele promove controle, disciplina e avaliações constantes (Story, 1986). Seu objetivo é propor aos pacientes uma automonitoração, na qual os mesmos registram quais alimentos foram consumidos e as quantidades, os horários e locais das refeições, as ocorrências de compulsões e purgações, a companhia durante as refeições, os sentimentos associados e uma “nota” para o quanto de fome estava sentindo antes de alimentar-se e o quanto de saciedade eles obtiveram com aquelas ingestões (Latterza e colaboradores, 2004).

Estudos de seguimento apontam que pacientes que apresentam comportamento alimentar mais comprometido têm maiores chances de recaída (Kell, 1999). Desta forma, acredita-se que a Terapia Nutricional seja um ponto fundamental na abordagem multiprofissional e que pacientes tratados de seus comportamentos alimentares podem ter quadros de recuperação mais completos (Alvarenga, 2002).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os transtornos alimentares estão presentes em esportes que

tem categorização através do peso e naqueles de dependem do baixo peso corporal, porém, a preocupação com a imagem corporal e a falta de informação das atletas e treinadores são fatores que afetam diretamente a saúde, promovendo o surgimento de transtornos alimentares.

Assim, preconiza-se um planejamento rígido na alimentação destas atletas, desde seu ingresso no esporte (equipe, clube, time) através do trabalho multidisciplinar dos profissionais envolvidos, dando ênfase ao nutricionista e ao psicólogo. Esse acompanhamento inicial permite um melhor controle do atleta, onde conseguiremos desenvolver um trabalho de educação e conscientização alimentar, agindo diretamente na prevenção do desenvolvimento dos transtornos do comportamento alimentar.

Por fim, os dados parecem evidenciar a necessidade de se estudar com maior profundidade o tema, e também mais pesquisas na área, bem como uma maior preocupação por parte de pais, professores e profissionais da área para uma intervenção multiprofissional tanto para atletas iniciantes quanto para atletas de rendimento. Com isso, espera-se que os atletas, os professores, os estudantes e as pessoas afins familiarizem-se mais com o tema e percebam que a preparação psicológica e programas de educação nutricional para os atletas são necessárias em todos os esportes.

## REFERÊNCIAS

- 1- Alvarenga, M.; Larino, M.A. Terapia nutricional da anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 24. 2002. p. 39 – 43.
- 2- Alvarenga, M. Grupo de estudos em nutrição e transtornos alimentares. São Paulo: Junho, 2008. Seção Anorexia e Bulimia. disponível em: <http://www.genta.com.br>.
- 3- American College of Sports Medicine. The female athlete triad. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Baltimore. 1997. Vol.29, Num.5, p.1-9.
- 4- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge

# Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) / [www.rbne.com.br](http://www.rbne.com.br)

eating. Journal American Diet Association. Vol.94. Num.8. 1994. p.902-7.

5- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). Journal American Diet Association. Vol.101. Num.7. 2001. p. 810-819.

6- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Journal Psychiatry. Num.157. 2000. p. 1-39.

7- Assunção, S.S.M.; Athanássios, T.; Araújo, L.C.S.B. Atividade física e Transtornos Alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. Vol.29. Num.1.2002. p.4 -13.

8- Bachrach, L.K.; Guido, D.; Katzman, D.; Marcus, R. Decreased bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. Pediatrics. Num.86. 1990. p. 440 – 447.

9- Beumont, P.J.V., Chambers, T.L., Rouse, L., Abraham, S.F. The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa. Journal of Human Nutrition.. Vol.35. 1981. p.265-73.

10- Brewerton, T.D.; Stelfox, E.J.; Hodges, E.L.; Cochrane, C.E. Comparison of Eating Disorder Patients with and without Compulsive Exercise - Internacional Journal of Eating Disorders Vol. 17. Num.4. 1995. p. 413-416.

11- Brouns, F.A. A alimentação dos atletas de alta competição - Treino desportivo. Lisboa. 2000. Vol. 3. Num 11.

12- Castro, J.M.; Goldstein, S.J. Eating attitudes and behaviors of pre and pos pubertal females: clues to the etiology of eating disorders. Physiol Behav. Num.58. Vol.1. 1995. p.15 – 23.

13- Costa, S.P.V.; Guidoto, E.C.; Camargo, T.P.P.; Uzunian, L.G.; Viebig, R.F. Distúrbios da Imagem Corporal e Transtornos alimentares em Atletas e Praticantes de Atividades Físicas. Revista Digital. Buenos Aires. Ano. 12. Núm. 114. 2007. p. 8.

14- Elmore, D.K., Castro, J.M. Meal patterns of normal, untreated bulimia nervosa and recovered bulimic women. Physiology and Behavior. Num. 49. 1991. p. 99-105.

15- Fleitlich, B. W.; Larino, M. A.; Cobelo, A, Cordás, T.A. Anorexia Nervosa na Adolescência. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Vol. 76. Num 3. 2000. p. 323-329.

16- Ghattas, P. Distúrbios Menstruais em Adolescentes Atletas. Monografia. São Paulo. Universidade São Camilo. 2006.

17- Grivetti, L.E., Applegate, E.A. From Olympia to Atlanta: a cultural-historical perspective on diet and athletic training. Journal of Nutrition. Bethesda. Vol.127. 1997. p.860-868.

18- Katch, F.I., Mcardle, W.D. Nutrição, exercício e saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996. 657p.

19- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., Crow, S.J. Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. Arch Gen Psychiatry. Vol.56. 1999. p.63-69.

20- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hammer, L.D., Litt, I., Wilson, D. M., Rich, T., Hayard, C., Simmonds, B., Kraemer, H., Varady, A., AN attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. International Journal of Eat disorders, Vol. 13. Num 4. 1993. p. 369-384.

21- Latterza, A.R.; Dunker, K.L.L.; Scagliusi, F.B.; Kemen, E. Tratamento Nutricional dos Transtornos Alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica. S. Paulo. 2004. p. 173-176.

22- Mantoanelli, G.; Vitale, M.S.S.; Amancio, O.M.S. Amenorréia e Osteoporose em Adolescentes Atletas. Revista de Nutrição. Campinas. Vol.15. Núm.3. 2002. p. 319-332.

23- Marshall, J.D., Harber, V.J. Body dissatisfaction and drive for thinness in high performance field hockey athletes. International Journal of Sports Medicine. Stuttgart. Vol.17, Num.7. 1996. p.541-544.

24- McMurray, R.G.; Anderson, J.J.B. Introdução à nutrição no exercício e no



# Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) / [www.rbne.com.br](http://www.rbne.com.br)

esporte. In: Wolinsky, I.; Hickson Jr, J.F. *Nutrição no exercício e no esporte*. 2 ed. São Paulo: Roca, 1996. p. 2-14.

25- Oliveira, F.P.; Bosi, M.L.M.; Vigário, P.S.; Vieira, R.S. *Comportamento Alimentar e Imagem Corporal em Atletas*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Niterói. Vol. 9. Num. 6. 2003. p. 348- 356.

26- Panza, V.P.; Coelho, M.S.P.H.; Di Pietro, P.F.; Assis, M.A.A.; Vasconcelos, F.A.G. *Consumo Alimentar de Atletas: Reflexões Sobre Recomendações Nutricionais, Hábitos Alimentares e Métodos para Avaliação do Gasto e Consumo Energéticos*. Revista de Nutrição. Campinas. Vol.20. Núm. 6. 2007. p. 681-692.

27- Pardini, D.P. *Alterações Hormonais da Mulher Atleta*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo. Vol. 45. Num. 4. 2001. p. 343-351.

28- Petrie, T.A., Stoeber, S. *The incidence of bulimia nervosa and pathogenic weight control behaviors in female collegiate gymnasts*. Research Quarterly for Exercise and Sport. Washington DC. V.64, N.2. 1993. p.238-241.

29- Putukian, M. *The Female Triad: Eating Disorders, Amenorrhea and Osteoporosis*. Medical Clinics of North America. Philadelphia. Vol. 78. Núm. 2. 1994. p. 345-356.

30- Rock, C.L.; Curran- Celentano, J. *Nutritional management of eating disorders*. Psych Clin North Am. N.19. 1996. p.701-713.

31- Russell, C.J.; Keel, P.K. *Homosexuality as a Specific Risk Factor for Eating Disorders in Men*. The International Journal Eating Disorders. Vol. 31. Num.3. 2002. p. 300-306.

32- Ruud, J.S., Grandjean, A.C. *Preocupações Nutricionais das Atletas*. IN: Wolinsky, I., Hickson, J.R. *Nutrição no exercício e no esporte*. 2.ed. SP: Roca, 1996. p.379-398.

33- Simopoulos, A.P. *Nutrition and fitness from the first Olympiad in 776 BC to 393 AD and the concept of positive health*. American Journal of Clinical Nutrition. Bethesda. Vol.49. 1989. p.921-926.

34- Soares, E.A., Burini, R.C., Ishii, M. *Estudo antropométrico e dietético de nadadores competitivos: de áreas metropolitanas da Região Sudeste do Brasil*. Revista de Saúde Pública. São Paulo. V.28, N.17. 1994. p.9-19.

35- Story, M. *Nutrition Management and Dietary treatment of Bulimia*. Journal American Dietary Association. Chicago. Vol.86. 1986. p.517-519.

36- Sundgot-Borgen, J. *Eating disorders in female athletes*. Sports Medicine, Auckland. Vol.17, Num.3. 1994. p.176-188.

37- Sundgot-Borgen, J., Corbin, C.B. *Eating disorders among female athletes*. The Physician and Sports Medicine. Vol.15. Num.2. 1987. p.89-95.

38- Sundgot-Borgen, J.; Torstveit, M.K. *Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher than in the General Population*. Clinical Journal Sports of Medicine. Vol. 14. Num. 1. 2004. p. 25 – 32.

39- Vieira, J.L.L.; Oliveira, L.P.; Vieira, L.F.; Vissoci, J.R.N.; Hoshino, E.F.; Fernandes, S.L. *Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do estado do Paraná*. Revista de Educação Física. Maringá. 2006. Vol. 17. Num. 2. p. 177-184.

40- Vilardi, T.C.C.; Ribeiro, B.G.; Soares, E.A. *Distúrbios Nutricionais em Atletas femininas e suas inter-relações*. Revista de Nutrição. Campinas. Vol.14. Núm. 1. 2001. p. 61-69.

41- West, R.V. *The Female Athlete: The Triad of Disordered Eating, Amenorrhoea and Osteoporosis*. Sports Medicine. Vol. 26. Num.2. 1998. p. 63 -71.

42- Wichmann, S.; Martin, D.R. *Eating disorder in athletes*. The physician and Sportsmedicine, Vol.21. Num. 5. 1993, p.126-135.

43- Yates, A.; Leehey, k.; Shisslak, C.M. *Running: An analogue of anorexia? The New England Journal of Medicine*. Num.308. 1983. p.251-255.

Recebido para publicação em 30/07/2008

Aceito em 20/08/2008